

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N°

141

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Jacques MARTY

Né le 31 Juillet 1913 - Le Mans

De quelques anomalies
du siège de la douleur
dans les appendicites

Président : M. LENORMANT, Professeur

VIGOT FRÈRES, EDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS - VI^e
1941

ANNÉE 1941

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Jacques MARTY

Né le 31 Juillet 1913 - Le Mans

De quelques anomalies
du siège de la douleur
dans les appendicites

Président : M. LENORMANT, Professeur

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS - VI^e
1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER .	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD ...	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE ...	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.).	Physique.
DESOILLE ...	Médecine légale.
DIGONNET ..	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE.....	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BIREN- TANO.....	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ...	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{me} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.
N... ..	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.

MM.

GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{me} J. LÉVY..	Pharmacologie.
MARCHAL ...	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN....	Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
MONZELLOT.		D'ALLAINES.	
DUVOIR.		FEY.	
GASTINEL		LEVEUF.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
MOREAU		MOURE.	
LIAN.		QUENU.	
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.	} Clinique obstétricale.	
	METZGER.		
	PORTES.		
	VIGNES.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
N.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON AIEUL

LE DOCTEUR EUGÈNE PICARD

A MON PERE ET A MA MERE

*En témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance.*

A MA FEMME

*Qui a toujours été, dans les bons
jours comme dans l'adversité, la com-
pagne parfaite.*

A MES FRERES ET SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ;

*En témoignage de reconnaissance
et de profond respect.*

AU DOCTEUR DESHAYES

Ancien chef du Service des Enfants
à l'Hôtel-Dieu d'Orléans

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a guidé dans l'élabora-
tion de notre travail ;*

*En témoignage de notre profonde
reconnaissance.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'HOTEL-DIEU D'ORLEANS

*Qui m'ont guidé de leurs conseils
et soutenu par leur exemple pendant
mes quatre années d'Internat.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Il pourrait paraître osé de vouloir parler encore de l'appendicite. Cependant, la « grande maladie abdominale » de Dieulafoy, garde toujours un intérêt pratique considérable pour de multiples raisons :

1° sa fréquence ;

2° le grand nombre et la gravité possible de ses complications ;

3° les difficultés parfois sérieuses de son diagnostic ;

4° l'importance de son diagnostic pour l'application de son seul traitement : l'intervention chirurgicale.

En outre, les quelques observations personnelles que nous voulons présenter nous semblent intéressantes. Il s'agit, en effet, d'anomalies, et l'étude des anomalies est toujours intéressante. Leur connaissance peut rendre service aux cliniciens qui ont souvent de grandes difficultés à mettre au point certains diagnostics. C'est dans ce sens, que notre étude ne nous semble pas devoir être inutile. Les formes cliniques de l'appendicite sont nombreuses. Beaucoup

sont déjà bien connues : pelviennes, rétro-cœcales, sous-hépatiques... Celles dont nous voulons parler représentent de véritables anomalies du siège de la douleur, sans anomalies anatomiques. Dès maintenant, nous les classerons en :

a) Iliques gauches ;

b) Epigastriques ;

c) Herniaires, que nous ne ferons que citer ; leur diagnostic étant invariablement de hernie étranglée, et le contenu du sac ne pouvant être que découverte opératoire.

« De l'ombilic au fond du Douglas, d'une épine iliaque à l'autre, l'appendice peut être partout. » (Mondor.)

Bien que la situation anatomique de l'appendice et du cœcum n'ait rien d'anormal dans notre étude, la localisation primitive ou permanente des signes douloureux, coïncidant avec l'indolence de la fosse iliaque droite, peut conduire à des erreurs de diagnostic, en tous cas à des hésitations qui, dans de trop nombreuses circonstances, peuvent être préjudiciables aux malades.

Un jeune homme de 23 ans, vu par Routier, ne souffrit que du côté gauche, dans l'hypocondre gauche ; l'exploration du côté droit était toujours négative. Jamais on ne pensa à l'appendicite ; il mourut de péritonite généralisée par perforation appendiculaire vérifiée à l'autopsie.

C'est aussi l'autopsie qui instruisit Fowler de la cause de la mort d'une jeune femme de 25 ans ; la

douleur à gauche avait fait dire : colique. L'appendice était situé à gauche de la ligne médiane et perforé.

Après un court rappel anatomique, suivi d'un chapitre sur le diagnostic différentiel, nous présenterons des faits cliniques, dont nous essaierons de tirer quelques conclusions pratiques.

RAPPEL ANATOMIQUE

Avant d'entrer dans le sujet proprement dit de notre thèse, nous croyons utile de rappeler brièvement les dispositions anatomiques de la région dont nous allons étudier l'état pathologique.

Prolongement du cœcum, qui naît de sa paroi interne à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'orifice iléo-cœcal, l'appendice représente le segment terminal atrophié du cœcum primitif.

L'appendice se dispose par rapport au cœcum d'une manière fort variable ; le plus souvent, il descend le long de sa face interne, en position normale ou descendante. Parfois, il est en situation pré-cœcale, ou rétro-cœcale, parfois encore il contourne de gauche à droite le fond du cœcum et monte sur sa face externe en situation sous-cœcale. Tantôt, enfin, il se porte obliquement ou transversalement en dedans, au-dessous de l'iléon, en situation interne.

Quand le cœcum et l'appendice sont en situation normale, celui-ci répond en dehors à la face interne du cœcum, en dedans aux anses grêles, en avant aux anses intestinales et à la paroi abdominale, en arrière à la fosse iliaque et aux vaisseaux iliaques ex-

ternes. Son extrémité supérieure se projette sur la paroi au point de Mac-Burney ; son extrémité inférieure peut descendre dans la cavité abdominale et se mettre en rapport avec les viscères de cette cavité.

Quand l'angle iléo-cœcal est dans la fosse iliaque droite, à sa place normale, l'appendice occupe vis-à-vis du cœcum des positions à tel point variables que les auteurs ont fait des classifications et des statistiques qui ne concordent pas.

Pendant le cours du développement de l'intestin, plusieurs facteurs contribuent à le placer en bon ordre dans la cavité abdominale : ce sont la migration, la rotation, la descente et la fixation, qui, par excès ou par défaut, produisent des anomalies de position.

La migration dure trois mois ou davantage, elle est la première en date ; la rotation est synchrone de la migration. La descente s'opère à partir du cinquième mois de la vie fœtale et ne paraît complète que quatre mois après la naissance. La fixation est plus ou moins tardive, elle varie d'un sexe à l'autre, semblant apparaître plus tard chez la fille que chez le garçon.

Suivant que la descente est plus ou moins complète, l'appendice qui lui fait suite se trouve dans des situations plus ou moins hautes, et les positions hautes seraient de ce fait beaucoup plus fréquentes chez les jeunes enfants.

Inversement, dit Bérard, quand le côlon ascendant est trop long, le cœcum se dirige vers le bassin en entraînant toujours son appendice, d'abord à droite, puis parfois vers la ligne médiane au-devant du promontoire, pour arriver enfin au niveau des orifices inguinal et crural droit ou gauche, et quand les orifices sont ouverts, pour s'engager dans des hernies.

Une situation à tel point variable de l'appendice, sans qu'il y ait pour cela anomalie vraie anatomiquement, justifie parfaitement de nombreuses anomalies cliniques.

A) ILIAQUES GAUCHES

Il y a quelques années encore, il aurait pu paraître paradoxal de parler d'appendicite à gauche, tellement on était toujours habitué à situer l'appendice à droite.

Cependant, en mars 1897, Ternet et Vanverts font paraître dans la « Gazette des Hôpitaux » un article : « De la prédominance des signes à gauche dans l'appendicite ».

Ricord, dans sa revue générale sur l'appendicite, en 1891, cite une suppuration gauche dans l'appendicite ordinaire.

En 1898, Jalaguier, Duplay, Reclus, Vautrin, Leroy, dans une thèse sur « l'appendicite » et sur « les affections péri-utérines », citent cette forme clinique.

En 1900, Talamon, dans « La colique appendiculaire », parle de l'appendicite à gauche et rapporte trois cas de Ryerson-Fowler.

Walther et Baumgartner, au xxv^e congrès de chirurgie, en 1912, reprennent la question et contribuent à sa mise au point.

En 1913, Thoby publie sa thèse : « L'appendicite à gauche ».

A l'étranger, à une date plus ancienne qu'en France, le sujet est étudié également sans être précisé dès le début.

En 1927, dans la « Presse Médicale », René Bloch consacre un long article à l'appendicite à gauche, où il délimite nettement la question et souligne tous ses points intéressants.

Badolle, à deux reprises, en 1928 et 1932, publie dans la « Loire Médicale » : « De la douleur à gauche dans l'appendicite aiguë ».

Bonnaud, en 1931, publie une thèse : « Contribution à l'étude de l'appendicite à gauche ».

Si bien que de nos jours, et en limitant nettement le cadre de la question, on constate que :

1° Tantôt, il s'agit d'une inversion des viscères :

a) totale, portant sur intestin, estomac, foie, rate et cœur ;

b) partielle, portant seulement sur l'intestin qui présente le cœcum à gauche et l'S iliaque à droite.

2° Tantôt, il n'y a pas d'inversion à proprement parler : le cœcum est à gauche, mais l'S iliaque est à gauche aussi, à sa place normale.

3° Tantôt enfin, sans trouver le cœcum en dehors de sa place normale, l'appendice est plus ou moins à gauche de la ligne médiane du fait de sa longueur et de sa direction transversale. Il faut se rappeler la longueur souvent considérable de l'appendice chez l'enfant, et aussi les petites dimensions du ventre ; l'appendice, par sa pointe infectée, peut atteindre le

côté gauche aussi bien que le pôle inférieur du rein, ou la région sous-hépatique.

Les deux premières formes sont les appendicites anatomiques de Bloch, dont la symptomatologie n'est pas forcément uniquement à gauche.

La troisième forme rentre dans la catégorie des appendicites anatomiquement droites et cliniquement gauches.

C'est cette troisième forme qui fait partie de notre étude.

Etude clinique des iliaques gauches

Que l'appendicite évolue à gauche ou à droite, elle revêt toujours les mêmes formes cliniques ; ce peut être une simple douleur, colique fugace, ou bien une crise grave accompagnée ou suivie de péritonite et passant par toute la gamme d'intermédiaires. Toutes ces formes cliniques présentent une symptomatologie aussi variable, trompeuse et déconcertante. Le diagnostic de l'appendicite à gauche n'est pas systématique, ni toujours facile à élucider.

Voyons donc quels sont les signes qui pourront sous orienter, et quelles sont les autres affections à éliminer.

Des trois termes de la triade de Dieulafoy, la douleur joue un rôle prépondérant.

Or, la douleur, spontanée ou provoquée, est, dans certains cas que nous présentons (obs. 2-3) nettement à gauche et y persiste. L'interprétation en est très délicate, d'autant plus que :

1° dans certains cas, il est essentiel de prendre parti très vite, dans les 48 premières heures autant que possible, afin de pratiquer l'opération précoce, plus facile, sans complications et dont la guérison dépend.

2° dans de nombreux cas, rien ne vient expliquer les symptômes à gauche ; nous avons affaire à une péritonite généralisée, parfois même à une simple injection de tout le péritoine, sans que les indications fournies par l'intervention ne viennent éclaircir cette localisation à gauche de la douleur, de l'empâtement et de la défense musculaire.

Notons encore les faits où, non seulement les phénomènes douloureux attirèrent dès le début et uniquement l'attention sur la fosse iliaque gauche, mais où celle-ci fut le siège d'une tuméfaction inflammatoire telle que, si on l'eût constatée à droite, le diagnostic n'eût fait aucun doute. « Si ces lésions siégeaient à droite, je diagnostiquerais une appendicite... », disait Aimé Guinard à ses élèves, à Lariboisière. L'hésitation de ce maître suffit à démontrer les difficultés qui se présentent dans de pareils cas.

Éliminons donc d'abord les affections de la fosse iliaque gauche.

Le diagnostic devra être fait avec : les sigmoïdites et péri-sigmoïdites, la tuberculose et les cancers de l'anse oméga, et chez la femme, toutes les affections annexielles gauches. Citons aussi la péritonite tuberculeuse qui, dans sa forme diffuse aiguë, peut également prêter à confusion.

Chez les jeunes sujets, surtout exposés à l'appendicite, peuvent se rencontrer des sigmoïdites perforantes avec péritonite généralisée ou collection enkystée, après l'infection d'un diverticule congénital de l'S iliaque ; même dans les cas suivis d'autopsie rapportés par Saillant, Patel et Le Landais, il n'est pas possible, d'ordinaire, alors d'éliminer une lésion appendiculaire primitive.

Mais les suppurations d'origine sigmoïdienne sont l'apanage de l'adulte, surtout du vieillard : ces malades sont des constipés depuis longtemps ; après une phase d'entéro-colite, plus ou moins longue, avec ou sans distension des parois, leur côlon s'est infecté progressivement. Au début, on perçoit un boudin gauche rappelant le côlon engoué ou bien d'emblée se forme une collection suppurée, d'allure plutôt torpide.

On les soupçonnera à cause de l'âge, qui n'est pas celui de l'appendicite, à cause des troubles digestifs spéciaux qui ont précédé la crise aiguë, constipation avec épreintes, pesanteurs douloureuses à gauche.

L'appendicite iliaque gauche chronique va se masquer sous des aspects plus divers encore que l'appendicite à droite. Comme il s'agit d'un appendice long, attaché sur un cœcum anormalement mobile, il vient se placer dans la fosse iliaque gauche, soit au contact du rectum, soit au contact du côlon sigmoïde, donnant des poussées de rectite ou de sigmoïdite.

Labry a relaté (Société des Sciences Médicales de Lyon, en 1925) l'histoire d'une appendicite à gauche

ayant déterminé un syndrome rectal : « Un homme de 52 ans présentait depuis 8 mois des alternatives de diarrhée et de constipation, besoins fréquents d'aller à la selle, ténésme, émission de glaires, amaigrissement. On pouvait penser à un néo, du rectum ; mais le toucher ne donnait rien.

A l'opération, on trouve un appendice long de 15 cm., qui, partant d'un cœcum en position normale, passait sous le mésentère, était arrivé par sa pointe dans la fosse iliaque gauche au contact du côlon pelvien. Cette pointe présentait un aspect en massue avec des lésions certaines. »

De l'étiologie des sigmoïdites, deux termes sont à retenir :

En premier lieu, le rôle incontestable de la constipation ; en second lieu, l'existence de diverticules, point de départ de l'infection.

Ces sigmoïdites se présentent sous de très nombreux aspects cliniques :

- Sigmoïdite simple ;
- Pérисigmoïdite adhésive ;
- Pérисigmoïdite suppurée ;
- Pérисigmoïdite chronique à forme de tumeur inflammatoire.

De ces nombreux aspects cliniques, il faut retenir en pratique qu'ils font penser, soit à un cancer du côlon, soit à une appendicite qui serait située à gauche.

Dans la tuberculose sténosante et dans les cancers de l'S iliaque, les infections qui aboutissent à la péri-

tonite généralisée ou a des collections enkystées, sont d'ordinaire des complications terminales qui apparaissent après une phase de sténose plus ou moins longue et qui évoluent sans fracas chez des sujets épuisés, même et surtout quand elles doivent être mortelles. Seuls, de petits cancers sigmoïdiens qui ne s'étaient manifestés jusque-là que par de la diarrhée alternant avec de la constipation, donnent parfois brusquement des occlusions par spasmes, avec des signes d'infection et une réaction péritonéale variable ; ce qui domine la scène, c'est l'occlusion aiguë, plutôt que la tumeur iliaque gauche que l'on ne perçoit d'ordinaire pas.

L'appendicite à gauche peut paralyser l'S iliaque, l'englober, simuler des coudures ou des volvulus de l'anse sigmoïde.

Il faut se rappeler que ces occlusions mécaniques ont une évolution moins bruyante, plus lente, avec moins de vomissements et moins de réactions péritonéales ; les troubles de la canalisation sont les premiers en date et s'installent peu à peu.

La salpingite prête à confusion davantage. On ne devra pas se laisser influencer par des symptômes qui, en apparence, seront ceux d'une salpingite chez une femme qui aura dans la fosse iliaque gauche de la douleur et de l'empâtement : le tout accompagné d'une courbe thermique indiquant l'infection. Il faudra revenir aux antécédents, examiner les annexes, pratiquer le toucher vaginal, un toucher rectal et, si possible, faire une radiographie qui tranchera le

diagnostic ; car si l'on peut avoir affaire à une appendicite à gauche, une annexite pourra parfaitement exister en même temps qu'un appendice malade sera en rapport plus ou moins étroit avec l'ovaire, la trompe, ou le côté gauche de l'utérus.

Sur quoi donc pourrons-nous baser notre diagnostic ?

Bon nombre d'observations existent où l'anomalie fut insoupçonnée jusqu'à l'intervention ou l'autopsie...

La radiographie peut rendre d'incontestables services, mais nombreux sont les cas où elle est impraticable ou impuissante.

C'est donc au clinicien qu'il importe de faire la part de la chirurgie...

Dans les cas aigus, la réaction manifeste du péritoine sera une indication précieuse.

Dans les cas chroniques, ce sera plutôt un diagnostic d'élimination, et un traitement d'épreuves inefficace qui plaideront en faveur de l'intervention.

Si, dans les cas aigus, les plus importants du point de vue vital, bien entendu, l'indication opératoire est assez facilement posée, il n'en reste pas moins qu'il est d'une grande utilité de la poser dans les cas chroniques :

a) d'abord pour éviter les accidents aigus ;

b) ensuite pour soulager des malades auxquels le médecin peut apporter ce soulagement qu'on lui demande avec tant d'impatience.

Le jeune âge en premier lieu nous orientera vers le diagnostic ; c'est en effet chez le jeune qu'on trouvera ce cœcum plus ou moins mobile et cet appendice qui, du fait de sa longueur et de sa direction plus ou moins transversale, sera à gauche de la ligne médiane.

La douleur, avec crises séparées par de grands moments d'accalmie, l'existence fréquente de quelques nausées, et aussi l'élimination de tout autre diagnostic nous guidera.

La localisation sous l'écran radiologique du point douloureux sur sa base d'implantation ou sur l'appendice lui-même, point qui suit les déplacements du cœcum, sera utile.

Enfin, le traitement d'épreuves, qui sera curateur des troubles entéro-colitiques, et inefficace sur l'appendicite chronique, nous permettra, et nous mettra en droit d'imposer l'opération au malade et à sa famille.

B) EPIGASTRIQUES

Nous ne nous étonnerons pas de ces formes, si l'on veut bien se souvenir que, souvent en effet, et chez l'enfant surtout, la colique appendiculaire débute souvent, neuf fois sur dix, rapporte Mondor, par une douleur à siège épigastrique.

Mais cette douleur initiale subjective se localisera normalement vite à la fosse iliaque droite. Cependant, parfois, et c'est le sujet de notre étude, cette douleur restera circonscrite au creux épigastrique.

Dans les formes aiguës, le diagnostic est à faire avec la colique hépatique, la perforation d'ulcère, la pancréatite hémorragique même... La question est bien connue. Il n'en reste pas moins que l'on éprouve parfois des difficultés et des hésitations, au début tout au moins, souvent dangereuses (obs. VII).

Dans les cas chroniques, la douleur purement épigastrique existe, et nous savons les difficultés cliniques en face desquelles ces formes nous placent souvent (obs. XV).

La coexistence de lésions appendiculaires anciennes avec un ulcère gastrique ou gastro-duodénal est assez fréquente pour qu'on ait pu formuler l'hypothèse d'un lien pathogénique entre ces deux affec-

tions et soutenir l'origine appendiculaire fréquente des ulcus gastriques. Quoi qu'il en soit de cette théorie, il n'est pas exceptionnel d'observer des cas d'appendicite pure n'attirant l'attention que par des symptômes gastriques. Ceux-ci cédant définitivement après l'opération, il semble possible d'affirmer qu'il existe une forme gastralgique de l'appendicite.

Il est difficile de rencontrer un cas aussi net d'appendicite simulatrice que celui que nous citons dans cette observation de Flandin. Il n'est pas rare cependant de voir des malades atteints d'appendicite ne se plaindre que de troubles gastriques. Maintes fois, nous avons eu à examiner des malades dont l'interrogatoire entraînait l'esprit vers l'hypothèse d'un syndrome gastrique ou d'une affection du carrefour.

Un examen méthodique, puis un examen radiologique, permettront dans ces cas de rapporter à l'appendice la part essentielle qui lui revient.

Les douleurs épigastriques provoqués par l'appendicite et capables de faire errer le diagnostic ne sont pas toujours dues au spasme pylorique. L'examen radiologique montre qu'elles siègent souvent au plexus coeliaque à distance du pylore et du duodénum. Ces coelialgies d'origine appendiculaire ne sont pas rares.

Leur constatation est importante, car elles sont l'indice d'une lésion de voisinage. Celle-ci siège souvent à l'appendice, mais elle peut également se trouver au pylore, au duodénum, au côlon, à la vésicule, au rein.

Si l'appendicite est une affection fréquente et polymorphe, simulant souvent d'autres syndromes cliniques, elle ne résume pas toute la pathologie abdominale. Il faut donc, pour chaque cas, un examen méthodique et complet qui, seul, peut éviter l'erreur de diagnostic.

C) HERNIAIRES

Nous ne ferons que les citer ; nous n'en avons pas relaté d'observations. Elles existent certainement, et plus qu'à droite encore, se présentent comme une découverte d'intervention.

Elles seront considérées et traitées, ce qui est le principal, comme hernie étranglée.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de la forme aiguë d'emblée ou de la forme chronique de l'appendicite est exactement le même que celui de l'appendicite à droite.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre forme, il est essentiellement lié au diagnostic.

D'un diagnostic posé de bonne heure découlera un pronostic bien meilleur que d'un diagnostic posé trop tard, après des hésitations.

Le pronostic de l'appendicite à gauche était autrefois très sombre. Il s'est amélioré ainsi que celui des autres anomalies, du fait que ces anomalies sont mieux connues et que le praticien y songe plus souvent.

Il doit devenir pour toutes ces anomalies, comme pour l'appendicite normale, où la mortalité est très réduite.

Le traitement de ces formes anormales de l'appendicite n'a rien de particulier ; il est essentiellement chirurgical.

Au point de vue technique à suivre pour être plus sûr de trouver et de réséquer l'appendice rapidement, une règle générale nous semble la meilleure :

En toute circonstance difficile, lorsque le diagnostic n'est pas sûr, plutôt que de recourir à des incisions multiples ou de risquer des accidents, il faut faire la laparotomie médiane.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle)

Me... Bernard, 10 ans, est envoyé par le docteur J..., en janvier 1931. Il y a huit mois que cet enfant se plaint de l'estomac. Il souffre plutôt le matin au réveil, ou bien après le repas du soir, et accuse à ces moments des sensations d'étourdissement. Certaines crises sont coupées par un arrêt d'un quart d'heure, puis reprennent ensuite.

Son médecin a incriminé des troubles du foie et a orienté son traitement de ce côté sans résultat. On peut également penser à des troubles psychiques; l'enfant est un nerveux et il sait qu'on le mettra en pension s'il est guéri... Fait assez particulier : il n'y a jamais aucun malaise la nuit.

L'examen du sujet est très bon : l'enfant a très bonne mine, n'accuse aucune douleur au palper de son ventre en quelque endroit que ce soit. Un traitement de sédatifs nerveux est institué, mais sans résultat.

L'enfant continue de manquer d'appétit : il s'amai-grit et le médecin de famille l'adresse au chirurgien. Ce dernier remarque à cette époque un peu d'ascite et déclare n'avoir aucun diagnostic, mais conseille une intervention exploratrice. La famille hésite encore 15 jours et se décide à l'opération qui montra environ 150 gr.

de liquide dans le péritoine et un appendice de vilain aspect, gris, gonflé, de 14 centimètres de longueur.

L'enfant guérit rapidement et a repris une vie parfaitement normale.

OBSERVATION II

(Personnelle)

L'enfant Meu..., 9 ans, de la Ferté-Saint-Cyr, est adressé à la consultation par le docteur G..., de Beaugency, parce qu'il se plaint du ventre depuis plusieurs mois ; les choses se sont accentuées durant le dernier mois, et depuis 15 jours, les douleurs réveillent souvent l'enfant la nuit. Ces douleurs sont localisées à gauche dans la fosse iliaque.

Cet enfant qui est un nerveux, et qui a présenté de la spasmodie dans sa petite enfance, fréquente régulièrement l'école, où il n'est pas rare qu'il ait des crises, qui le ramènent à la maison, pâle et défait. Les parents l'ont alors laissé complètement au lit ; il y est depuis 5 ou 6 jours, mais les douleurs ne cèdent nullement. Avant de venir nous voir, l'enfant a été conduit au spécialiste qui a fait un examen radioscopique du tube digestif sans rien trouver d'important.

L'examen du sujet montre un abdomen en tout point normal au palper ; mais le toucher rectal fait sentir un empatement au niveau du promontoire, à gauche de la ligne médiane, et le sujet souffre vivement lorsqu'on appuie sur cette région empâtée.

Devant cette constatation, nous pensons qu'il s'agit d'une chose chronique, peut-être reliquat d'une crise aiguë ancienne, sigmoïdite ou appendicite à gauche.

Nous conseillons du repos, un régime prudent, des antispasmodiques.

Les choses persistent cependant, et comme personne n'est formel, l'enfant est emmené en consultation à Paris où il est finalement opéré, en février 1930, par le docteur Capette, qui a trouvé un appendice à peu près médian, pelvien et adhérent.

Signalons de nouvelles crises abdominales douloureuses en mars, en mai et une autre en juillet; celles-ci ont été très courtes, et depuis cette époque la guérison s'est maintenue.

Il semble bien que chez ce sujet, il y ait eu un système nerveux qui amplifiait et dramatisait les sensations dues à une appendicite ancienne et anormalement située.

OBSERVATION III

(Personnelle)

L'enfant P..., de Chevilly, 8 ans, fut prise assez brusquement de douleurs de ventre dans la fosse iliaque gauche; douleurs modérées d'ailleurs, mais survenant par crises, avec un ensemble qui fit porter à son médecin le diagnostic d'entérite. Un traitement adéquat fut institué mais sans résultat appréciable. Au bout de 5 ou 6 jours, l'enfant restait un peu fébrile, 38° et 38°5, et elle se plaignait toujours de son côté gauche à certains moments. Abandonnant son diagnostic primitif, mais

pensant plutôt à un épisode bacillaire, son médecin nous adresse l'enfant à la consultation.

Bien que la douleur fût bien, en effet, localisée à gauche, le caractère de crises séparées par des heures de calme, l'existence de quelques nausées, les antécédents personnels et familiaux excellents nous firent pencher vers le diagnostic d'appendicite anormale.

Nous obtenons du chirurgien, le docteur Coville, une intervention le lendemain : on trouve un appendice plus ou moins transversal, et adhérent vers la partie médiane ; l'opération fut naturellement suivie d'une rapide guérison.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Boy... René, 12 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Payen, chirurgie, le 9 octobre 1931.

Crise abdominale douloureuse, localisée à la fosse iliaque gauche, depuis dix jours.

Pas de fièvre.

Au toucher : masse comme une mandarine en arrière du pubis et à gauche.

Incision médiane : Appendice dont l'extrémité à gauche de la ligne médiane s'enfonce dans un abcès.

Rétrograde : 3 mèches.

Le 16 février 1932 :

Fistule persistante.

Excision de la cicatrice. Ouverture du péritoine. Deux

anses grêles sont adhérentes à la partie inférieure de la cicatrice.

Epiplooplastie. Fermeture en trois plans.

Guérison complète.

OBSERVATION V

(M. R. Français. Rapport de Buizard, Soc. de Chir.
de Paris, 1925 — *Résumée*)

Un enfant de 12 ans est amené à l'hôpital au 12^e jour d'une affection fébrile, ayant débuté par des vomissements, du météorisme et un point violent douloureux dans la fosse iliaque gauche.

Constipation. Température entre 38° et 39°5.

La palpation montre une masse ovoïde dans la fosse iliaque gauche, fluctuante, douloureuse avec défense musculaire. La région ombilicale et la région du flanc droit sont indemnes, ainsi que la région iliaque droite.

Appendicite anormale ou sigmoïdite avec abcès ?

Incision symétrique à celle de Mac-Burney; l'anse sigmoïde est rouge, plaquée contre une énorme masse qui refoulait l'intestin grêle vers la région ombilicale.

Incision du méso ; le pus sécoule, drainage, guérison.

Le 4 octobre, réopération pour éventration.

Dans la fosse iliaque gauche, on trouve l'anse sigmoïde et son méso absolument normaux. En soulevant avec un écarteur la lèvre interne de l'incision, on découvre la fosse iliaque droite et on aperçoit l'appendice scléreux et rétracté, prolongé par une forte bride qui va

se fixer sur la paroi latérale gauche de l'excavation.

Le cœcum occupait la fosse iliaque droite, mais sa mobilité permit de l'attirer dans la plaie sans difficulté et de pratiquer l'appendicectomie.

Celle-ci faite, le cœcum revint à sa place.

Fermeture habituelle. Guérison.

OBSERVATION VI

(René Bloch, *Presse Médicale*, mars 1927)

Marcel M..., 27 ans, est vu le 16 juillet 1925, pour une crise abdominale aiguë.

Son médecin le soigne depuis 48 heures par la diète et la glace sur le ventre. Le sujet, jusque-là bien portant, n'a pas d'autre antécédent intéressant qu'une crise analogue mais passagère, 2 mois plus tôt et pour laquelle il n'a pas consulté.

Il y a trois jours, il a été pris d'une douleur intense de la fosse iliaque gauche, avec vomissements alimentaires et bilieux, et poussée thermique à 39°.

24 heures après, il appelle son médecin: à ce moment, la palpation n'est pas très douloureuse, le maximum est dans la fosse iliaque gauche. La glace fait disparaître ces phénomènes, mais le troisième jour, survient une nouvelle crise douloureuse avec 38°3.

C'est alors que nous voyons le malade.

A l'examen, la fosse iliaque droite est absolument indolore et dépressible, tandis qu'à gauche existe une douleur très nette à la palpation, douleur dont le maximum siège au-dessous et en-dedans du milieu de la fosse

iliaque. De plus, le long de l'arcade crurale, on sent le côlon iléo-pelvien distendu. Pas d'empâtement, le poulx est à 90 et le malade nauséeux a une selle bien moulée.

Nous pensons à une sigmoïdite aiguë, mais la réaction manifeste du péritoine nous incite à une intervention pratiquée le lendemain matin.

Après une incision médiane sous-ombilicale, nous portant à gauche, nous trouvons un côlon sigmoïde distendu et rosé dont le méso est plissé et ridé.

En relevant la partie terminale de l'anse qui recouvre le Douglas, on voit un appendice transversal très long, dont la pointe rouge et renflée en massue adhère à la partie supéro-gauche du rectum et d'où rayonnent les brides du méso-côlon pelvien.

L'appendice est réséqué ; il a une longueur démesurée ; sa pointe seule est malade.

Guérison.

OBSERVATION VII

(Personnelle)

M^{lle} Wé..., 29 ans, entéritique habituelle à un degré très banal d'ailleurs, est prise, au mois de janvier 1939, de douleurs épigastriques avec nausées, sans fièvre, qui font porter à son médecin habituel le diagnostic de colique hépatique. La malade est revue le lendemain, et après examen, nous ne pouvons que confirmer le diagnostic et le traitement institué.

Or, dans la nuit suivante, vers une heure du matin, éclatait une violente douleur péri-ombilicale avec ascen-

sion brusque du pouls, montant de 70 à 120, mauvais faciès et vomissements. Dès le matin, la jeune fille est opérée et nous trouvons un appendice perforé, en situation plutôt un peu haute, orienté vers la ligne médiane et adhérent à l'épiploon.

Les suites opératoires furent un peu scabreuses avec fièvre élevée et fistule stercorale au huitième jour environ, paraissant obéir assez bien au suiséryl donné à fortes doses ; les accidents rétrocedent et la fistule ne dura que 15 jours : la guérison se fit ensuite rapidement.

OBSERVATION VIII

(Docteur Robert Didier)

M^{me} L... Jeanne, 55 ans.

Péritonite aiguë, opération le 28 juin 1930, sous anesthésie au balsoforme.

Longue incision iliaque droite ; on cherche le cœcum que l'on trouve après un certain temps ; il est tout entier basculé à gauche de la ligne médiane, avec un énorme appendice perforé turgescant plongeant à gauche dans le petit bassin. Ecrasement et enfouissement ; large drainage.

C'est un cas de cœcum à méso allongé avec fixation de l'appendice à gauche ; le diagnostic d'appendicite gauche n'avait pu être fait, la malade ayant été vue en péritonite aiguë.

OBSERVATION IX

(M. J. Cottalorda,

Bull. Mém. Soc. Chir. de Marseille, juillet 1930)

M. B..., 49 ans, consulte, le 6 décembre 1928, le docteur Dombre pour une douleur épigastrique brusque survenue la nuit. Cette douleur violente a été suivie d'un vomissement aqueux. La journée du 6 a été normale, le malade a une selle spontanée. Dans la nuit du 6 au 7, les douleurs reprennent, plus de vomissement, mais arrêt complet des matières et des gaz. Dans la journée du 7, les douleurs atténuées deviennent sous-ombilicales à gauche. La température, à 38°3 le matin, est le soir à 39°. Pouls à 80. Je vois le malade le 8, au matin. A l'examen : région épigastrique souple indolore, légère douleur au point de Mac-Burney. Par contre, la fosse iliaque gauche est très douloureuse avec défense et une masse diffuse est perçue dans la profondeur. Le toucher rectal montre un Douglas tendu et douloureux. Nous pensons à une lésion sigmoïdienne. Avant d'intervenir, et pensant à la possibilité d'un néoplasme sigmoïdien avec abcès péritonéal, nous faisons pratiquer une radioscopie sous lavement bismuthé. Cet examen montre un arrêt total du bismuth au niveau de la portion moyenne du sigmoïde.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; rachi.

Nous reconnaissons une péritonite généralisée avec pus franc en grande quantité. Nous portant vers la fosse iliaque gauche, nous trouvons collé contre la partie moyenne de l'anse sigmoïde, un énorme appendice per-

foré et que l'extrême mobilité du cœcum a mis dans cette position ectopique.

Ablation de l'appendice, Mickulicz. Suites immédiates satisfaisantes ; les trois premiers jours, émission des gaz et d'une selle. Mort le quatrième jour avec les signes d'intoxication générale.

OBSERVATION X

(Ryerson-Fowler, *Med. News*, 25 déc. 1893)

Homme de 19 ans, entre à l'hôpital avec les signes d'une péritonite septique, sept jours après le début de l'affection. Deux jours avant l'entrée à l'hôpital, le médecin avait constaté au-dessous du grand droit gauche, une tumeur qu'il avait rapportée à un engorgement fécal. Au début, les douleurs abdominales avaient été généralisées.

A l'incision de l'abdomen, il s'écoula une très grande quantité de sérosité. Le cœcum fut trouvé immédiatement derrière l'ombilic, regardant à gauche ; l'appendice situé sous le grand droit gauche, juste au-dessous de l'ombilic. On n'enleva pas l'appendice à cause de l'état général du malade. Mort quelques heures après l'opération.

OBSERVATION XI

(Karewski)

Une jeune fille de 13 ans en pleine santé est prise, sur le chemin de l'école, de violentes douleurs à gauche avec vomissements.

Température 39°3, pouls 118, nausées.

Examen : rien du côté droit, pas de défense musculaire. L'hypocondre gauche tendu est très douloureux à la pression. A travers le muscle droit gauche, on perçoit une résistance nette très douloureuse qui monte à droite ; 15 jours avant, cette jeune fille avait eu ses premières règles, mais sans aucune douleur.

Diagnostic : perforation de la pointe de l'appendice qui est très long et atteint le côté gauche. L'état de l'enfant, empirant, nécessite l'intervention dans la nuit.

Laparotomie sur la ligne médiane. On trouve le cœcum près du bord gauche de l'utérus ; l'appendice épais de couleur rouge sombre fibrineux s'étendait dans la moitié gauche du petit bassin. Par d'exsudat lipuide. Après ablation, fermeture.

OBSERVATION XII

(Karewski)

P. B..., garçon de 8 ans, tomba malade le 2 décembre 1909, au soir, avec une fièvre légère, des douleurs abdominales et des vomissements. Depuis le matin, douleur violente uniquement à gauche ; température 38°1, pouls 100. Examen : le ventre est partout dépressible, un peu météorisé. La région iléo-cœcale est complètement indolore. Dans l'hypocondre gauche, sensibilité prononcée à la pression. Ni vomissements, ni nausée.

Diagnostic : appendicite à gauche, vraisemblablement à la pointe de l'organe déplacé à gauche.

Opération : incision oblique près de la ligne médiane, le muscle droit est récliné à gauche. Le cœcum très mo-

bile est directement placé en avant ; la partie distale de l'appendice a une apparence normale ; l'organe est très long ; il s'étend en travers, en bas et à gauche. Ablation : mèche dans la partie du Douglas.

Guérison.

OBSERVATION XIII

(Thèse de Dormoy ; obs. Pollosson, résumée)

Z..., âgé de 9 ans, entre à la Charité, dans le service de M. Pollosson, le 24 décembre 1896. L'affection actuelle a débuté il y a onze jours par des douleurs dans le milieu du ventre ; des vomissements ont suivi, d'abord alimentaires, puis bilieux, et enfin fécaloïdes. Constipation et arrêt des matières. Pouls à 100, pas de température. Ventre ballonné, sonore et très douloureux. Rien de particulier au toucher rectal. On fait le diagnostic d'obstruction intestinale et l'on opère d'urgence.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : le petit intestin est dilaté et congestionné à gauche et en bas ; on tombe sur un rétrécissement par courbure du petit intestin du voisinage de son abouchement dans le cœcum ; à ce niveau, l'intestin a un calibre deux fois moindre environ que la partie située au-dessus. En explorant cette partie de l'intestin, on trouve le cœcum plongeant dans le petit bassin très incliné à gauche, presque horizontal, dépassant largement la ligne médiane. Il est complètement obstrué de membranes puriformes au milieu desquelles on trouve l'appendice qui est réséqué.

Drainage, fermeture ; guérison au bout d'un mois.

OBSERVATION XIV

(Phillips Hubert, *British Med. Journ.*, sept. 1914)

Il s'agit d'un homme qui fut pris subitement d'une douleur abdominale violente remontant jusqu'à la pointe du cœur, et accompagnée de vomissements et de constipation. Quelques années avant, il avait eu une crise semblable, et à cinq reprises différentes, il avait souffert de la même région avec plus ou moins d'intensité.

L'examen : pouls 78, température 38°5. L'abdomen est très douloureux à gauche, la pression révèle de la douleur vive dans la région rénale gauche. La matité hépatique est normale. Il y avait un léger souffle systolique à la pointe à propagation axillaire, légère leucocytose ; urines normales ; rien n'indiquait la perforation d'un ulcère, les lavements répétés ne donnaient rien.

Le malade a été vu par un confrère et il fut décidé qu'on attendrait 12 heures avant de pratiquer une laparotomie exploratrice. Le malade parut un peu mieux, mais devint plus mal, le pouls monta à 102 et devint petit. L'opération fut écartée à cause de l'état grave, et la mort survint quelques heures après.

Autopsie : Le cœcum et le côlon ascendant étaient très distendus et congestionnés ; complètement mobilisables, et avaient un mésentère fort long ; des adhérences siégeaient entre les courbures hépatiques et spléniques, au-dessous du côlon transverse et du grand épiploon.

Au niveau de la grande courbure de l'estomac dilaté et à gauche, partaient d'autres adhérences venant de

l'extrémité et du milieu d'un appendice long et de son méso.

L'appendice décollé avait une longueur démesurée (9 pouces 1/2), il était plein de calculs durs et était gangréné à son extrémité. On notait aussi une adhérence moins forte de cet appendice à la rate.

OBSERVATION XV

(Obs. de Flandin, résumée)

En août 1927, un jeune Russe de 22 ans nous est adressé avec le diagnostic d'ulcère d'estomac, par notre ami, le docteur Lutaud, qui désire avoir notre avis sur l'opportunité d'une gastro-entérostomie. Le malade est un jeune homme vigoureux, mais ayant l'habitude d'une nourriture très épicée, arrosée de champagne, vodka, cocktails... Depuis deux ans, il souffre de douleurs à siège épigastrique, à caractère transfixique, survenant trois à quatre heures après les repas, soulagées par le vomissement et par l'ingestion d'aliments, et surtout de poudres alcalines. Ces crises n'ont jamais été accompagnées de vomissements sanglants et on n'a jamais constaté de *melæna*. Un examen gastrique chimique a montré de l'hyperchlorydrie. Sous l'écran, on a constaté une encoche permanente dans la région pylorique, avec du spasme entraînant de la stase gastrique.

Le diagnostic d'ulcère pyloro-duodénal a été posé et le malade traité en conséquence. Il vient de passer plusieurs mois dans le Midi, a amélioré son état général,

souffre moins, mais ne peut se permettre aucun écart de régime, aucune fatigue sans avoir une crise douloureuse avec une légère élévation thermique et un état saburral se prolongeant plusieurs jours.

En interrogeant ce jeune homme, nous trouvons dans son passé le souvenir d'indigestions fréquentes et de véritables crises abdominales douloureuses et fébriles.

Lorsque nous examinons notre malade, nous trouvons toute la zone gastrique douloureuse. L'estomac se contracte manifestement sous la main qui le palpe. Mais dans la fosse iliaque droite, la palpation détermine une contracture du grand droit ; et la douleur provoquée s'accompagne de flexion de la cuisse et entraîne une irradiation douloureuse au creux épigastrique.

Nous posons le diagnostic d'appendicite et demandons un nouvel examen radiologique de tout le tube digestif.

Le radiologiste nous envoie les radiographies montrant une encoche nette dans la région pyloro-duodénale, avec image lacunaire ; il conclut à l'existence d'un ulcère expliquant le spasme gastrique et la stase iléo-cœcale et un point douloureux dans la région appendiculaire.

Nous revoyons alors le malade sous l'écran et, avec le docteur Lutaud, constatons que l'image suspecte du pylore existe bien, mais se déplace vers le duodénum. Par contre, les signes d'appendicite ne sont pas douteux.

L'opération permet d'enlever un vieil appendice en voie de transformation fibreuse avec une série de rétrécissements cicatriciels et contenant de la sérosité

louche. Le pylore et le duodénum ne présentaient aucune lésion visible ; la vésicule biliaire était normale.

Plus de six mois de guérison nous paraissent suffisants pour qu'on puisse considérer l'épreuve comme décisive et qu'il soit permis de faire état de ce cas.

CONCLUSIONS

De cette étude sommaire sur les anomalies du siège de la douleur dans l'appendicite, nous concluons que :

1° Il existe :

- a) des iliaques gauches ;
- b) des épigastriques ;
- c) des herniaires.

2° Ces anomalies peuvent être dues à une anomalie anatomique, mais elles peuvent être uniquement cliniques.

3° Elles sont plus fréquentes qu'on ne le pense en général, surtout chez l'enfant où le cœcum est plus mobile et l'appendice plus long proportionnellement.

4° Le diagnostic n'en est pas toujours facile.

a) Dans les cas aigus, la réaction péritonéale poussera souvent seule au diagnostic d'opérabilité, et sera une auxiliaire précieuse ;

b) Dans les cas chroniques : un bon examen clinique, aidé si possible d'un examen radiologique, l'élimination de tout autre diagnostic, et enfin le traitement d'épreuves inefficace en cas d'appendicite, nous mettront en droit d'imposer le traitement.

5° Le pronostic doit être le même que pour l'appendicite à droite.

6° Un seul traitement : l'appendicectomie, avec recours à la laparotomie médiane en toute circonstance difficile, ou lorsque le diagnostic n'est pas formel.

7° L'appendicite est une affection fréquente et polymorphe, qui ne résume cependant pas toute la pathologie abdominale.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de la Thèse,*

LENORMANT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Directeur de l'Ecole Normale Supérieure,
chargé des fonctions de Recteur
de l'Académie de Paris,*

CARCOPINO.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTOINE (Ed.) et DE MARTEL. — Les appendicites chroniques.
ARBEIL. — Les syndromes gastralgiques d'origine appendiculaire.
(*Thèse de Paris*, 1924.)
AROUD. — *Thèse de Lyon*, 1900.
BADOLLE. — De la douleur à gauche dans l'appendicite aiguë.
(*Loire Médicale*, 1932.)
BARRET. — Quelques formes anormales d'appendicites avec abcès iliaque gauche. (*Thèse de Paris*, 1898.)
BARON. — Differential diagnosis of gastroduodenal perforation and acuti appendicitis. (*An. Casa de Salud Valdecila*, 1932.)
BASSET. — Périduodénite et appendicite. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1925.)
BLACKIE. — Chronic appendicitis and its gastric relation. (*Scolaro Med. Reuver*, 1917.)
BLOCH (R.). — L'appendicite à gauche. (*Presse Médicale*, 1927.)
BONNAUD. — Contribution à l'étude de l'appendicite à gauche.
(*Thèse de Paris*, 1931.)
BURKHART. — *Müch, Méd. Woch.*, 11 déc. 1906.
CADENAT. — Vraies et fausses appendicites. (*Concours Médical*, 1923.)
CADE. — Colites infectieuses aiguës chez l'adulte. (*XIII^e Congrès français de Médecine*.)
CHAUVEAU. — De l'appendicite gauche. (*Thèse de Paris*, 1906.)
CORSONELLO (P.). — Siège habituel et exceptionnel de l'appendicite. (*Bruxelles Médical*, nov. 1927.)
COTTALORDA. — Un cas d'appendicite aiguë à gauche à symptomatologie sigmoïdienne. (*Société de Chirurgie de Marseille*, juillet 1930.)
DIETRICH. — Differential diagnosis between gastroenteritis and appendicitis. (*Radiol. rev. Mississippi Valley*, nov. 1937.)

- DROUINEAU-LEFLAIVE. — L'appendicite à symptomatologie gastrique est loin d'être exceptionnelle. (*Bull. de la Société de Méd. et Chir. de la Rochelle*, nov. 1929.)
- DUROSELLE. — Péricolite et appendicite chronique. (*Thèse de Paris*, 1919.)
- DURAN (G.). — Nuestra experimenta sobre falsas appendiculares en el medio caestreuse. (*Siglo. med.*, avril 1933.)
- EL KATIB. — Appendix dyspepsia. (*J. Egyptian M. A.*, 1933.)
- FLANDIN (Ch.). — L'appendicite à forme gastralgique. (*Bulletin Médical*, février-mars 1928.)
- FOURNIER. — Un cas d'appendicite à gauche. (*Bulletin Médical*, mai 1900.)
- FRANÇAIS (R.). — Appendicite à gauche. (Rapport de Buizard, *Paris Chir.*, 1923.)
- GRÉGOIRE. — Péricolite membraneuse et appendicite chronique. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, mai 1919.)
- GRONDALL. — Den kroniske appendicit of gastro intestinale funktioner forstyrrelse. (8^e *Krøstiana*, 1917.)
- GUTMANN. — Des formes à surprise de l'appendicite chronique et des moyens de la diagnostiquer. (*La Médecine Pratique*, déc. 1920.)
- HALLEZ (G.). — L'appendicite. (*P. M. C.*)
- HURST (A.-F.). — Chronic appendicite and appendicular dyspepsia. (*Guys. hosp. rep.*, oct. 1922.)
- ILLOWAY. — Chronic appendicitis in its relation to hyperacidity of the gastric juice a clinical study. (*New-York Med. Journ.*, 1912.)
- JAISSON. — Etude radiologique dans l'appendicite chronique. (*Journal de Radiologie*, juin 1921.)
- JALAGUIER. — Appendicite. (*Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, t. VI.)
- Discussion sur l'appendicite. (*Bull. Mém. Soc. Chir.*, 1900.)
- JQUES. — Appendicites avec douleur à gauche. (*Sovjts, Chir.*, Moscou, 1936.)
- KAREWSKI. — Appendicite à gauche. (*Berl. Klin. Woch.*, 1910.)
- LACOUTURE. — Sur un cas d'appendicite chronique à forme gastralgique. (*Bull. Mém. Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 1911.)
- LAPEYRE. — A propos de l'appendicite à gauche ; absence de torsion de l'anse intestinale primitive. (*Société des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier*, 1931.)

- LENORMANT et SORREL. — A propos de l'intervention dans l'appendicite aiguë. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, n° 18, mai 1930.)
- MAC-LEAN. — Gastro-ileal reflex in chronic appendicitis. (*Brit. M. J.*, déc. 1932.)
- MARTEL (Th. DE) et ANTOINE. — *Les fausses appendicites.* (Masson, Paris, 1922.)
- MÉNARD. — Des variétés anatomiques de l'appendicite et de leur influence sur la pathogénie de l'appendicite. (*Thèse de Paris*, 1902.)
- MINNE. — Appendicite à gauche. (*L'Echo Médical du Nord*, août 1933.)
- MONDOR (H.). — Abdomen. Diagnostics urgents.
- MOUCHET. — Sigmôidites. (*E. M. C.*, 9075.)
- MORNARD. — Appendicite à gauche. (*Soc. de Chir. de Paris*, avril 1926.)
- MYER (J.-S.). — Chronic appendicitis with gastric manifestations only. (*Weekly Bull. Saint-Louis, Med. soc.*, 1909.)
- OUDARD. — La forme ambulatoire de l'appendicite aiguë. (*Presse Médicale*, 1900.)
- OULIE. — Deux diagnostics abdominaux difficiles. Fausses appendicites. (*Algérie Méd.*, juillet 1934.)
- PATEL. — Sigmôidites et péri-sigmôidites. (*Revue de Chirurgie*, 1907.)
- PATERSON. — Appendicectomy for appendicular gastralgia. (*Med. Press. chir.*, London, 1912.)
- PERARD. — Un cas d'appendicite à gauche et un cas de sigmoïdite aiguë. (*Maroc Médical*, 1930.)
- PIOT et PICARDA. — Contribution radiologique au diagnostic de l'appendicite et de la périviscérite iléo-cœcale. (*Presse Médicale*, n° 89, 1931.)
- POIRIER. — Anatomie.
- QUÉNU et HEITZ-BOYER. — Anatomie du cœcum et de l'appendice. (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1904.)
- RAMOND (F.). — Sur l'appendicite fantôme. (*Le Médecin Français*, juin 1921.)
- RAMOND (L.). — L'appendicite chronique. (Conférences de clinique médicale, 2^e série.)
- RANTZER. — Faux syndrome appendiculaire. (*Revista de chir.*, 1935.)
- RÉGNIER. — Les sigmoïdites. (*Thèse de Lyon*, 1897.)
- ROUVIÈRE. — Anatomie.

- SANDOVAL-AMOROS (J.). — Appendicitis cronica simulando una ulcera gastro-duodenal. (*Arch. espagnole de Enfermedades del app. diget. y nutr.*, 1929.)
- SAUERBECK. — Un cas d'appendicite à gauche. (*Arch. für Klinische Chir.*, 1909.)
- SOKOLOVA. — Etude sur l'inflammation de l'appendice situé à gauche. (*Roussky Vrach.*, 1910.)
- STAPPERT. — Irritation de l'appendice prise pour un mal d'estomac. (*Munch. Med. Woch.*, 1932.)
- SUIGER (C.). — On the secretory activity of the stomach in chronic appendicitis with gastric symptoms. (*Lancet*, London, 1912.)
- TESTUT. — Traité d'anatomie.
- TYTGAT. — Obturation spontanée de perforation gastrique, présentant l'aspect de l'appendicite. (*J. de Chir. et Arm. Soc. belge de Chir.*, nov. 1937.)
- WALTHER. — L'appendicite à gauche. (*Ass. franç. de chir.*, 1912.)
- ZIMMERMANN. — Appendicite anormale. (*Am. J. of surg. N.-Y.*, nov. 1925.)